

Anmeldebogen/Gesundheitsfragebogen für Kinder

Damit wir eine optimal auf die Bedürfnisse Ihres Kindes zugeschnittene Behandlung planen können, würde es uns sehr helfen, etwas über Ihr persönliches Verhältnis zu zahnärztlicher Behandlung zu erfahren.

Außerdem benötigen wir neben den Personalien auch Auskünfte über den allgemeinen Gesundheitszustand Ihres Kindes. Dies ist wichtig für eine adäquate risikoarme Behandlung. Etwaige Änderungen des Gesundheitszustandes bitten wir uns mitzuteilen.

Mit Ihren Antworten gehen wir vertraulich um, Sie unterliegen sowohl der ärztlichen Schweigepflicht als auch dem Datenschutz und dienen ausschließlich der Behandlung in unserer Praxis.

➤ *Bei Fragen oder Unklarheiten beim Ausfüllen helfen wir Ihnen gerne!*

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Straße: _____ PLZ, Wohnort: _____

Telefon: _____

Krankenkasse bzw. Versicherung: _____

Privat versichert Zusatzversichert Beihilfeberechtigt

Erziehungsberechtigter/Hauptversicherter

Name/Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Welche Vorerfahrungen hat Ihr Kind beim Zahnarzt? Keine

Befindet sich Ihr Kind zurzeit in ärztlicher Behandlung? Ja Nein

Bei welchem Arzt? _____

Befindet sich Ihr Kind zurzeit in kieferorthopädischer Behandlung? Ja Nein

Bei welchem Arzt? _____

Nimmt Ihr Kind regelmäßig Medikamente ein? Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

- Leidet Ihr Kind an Allergien, Asthma, Heuschnuppen? Ja Nein
- Hat Ihr Kind eine Herzerkrankung? Ja Nein
- Besteht eine Zuckerkrankheit (Diabetes)? Ja Nein
- Besteht eine Infektionskrankheit (Hepatitis, TBC)? Ja Nein
- Andere Erkrankungen? _____ Ja Nein

Prophylaxeorientierte Angaben:

Wie oft putzt Ihr Kind die Zähne bzw. wie oft putzen Sie Ihrem Kind die Zähne?

- gar nicht manchmal 1x täglich 2–3x täglich

Wer putzt die Zähne bei Ihrem Kind?

- Eltern Kind Eltern und Kind

Womit putzt Ihr Ihr Kind die Zähne?

- Handzahnbürste elektrische Zahnbürste

Welche Zahnpasta verwendet Ihr Kind? _____

Was trinkt Ihr Kind im Tagesverlauf? _____

- Isst Ihr Kind gerne Süßes? Ja Nein

Einverständniserklärung bei der Behandlung Minderjähriger

Hat die Patientin/ der Patient das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet, ist für eine Behandlung (außer akuter Schmerzbehandlung) die Einverständniserklärung der/des Erziehungsberechtigten notwendig:

Nachname, Vorname (Erziehungsberechtigte/r)

Geburtsdatum

Adresse

Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigte/r

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!